

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

151

Année 1890

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 Mars 1890, à heure

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DU VARICOCELE

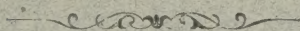
PAR

Paul GOURMAUD

Docteur en Médecine de la Faculté de Paris.

Président de la Thèse : M. S. DUPLAY, professeur

Juges : MM. { DUGUET,
SCHWARTZ,
POIRIER.



PARIS

TYPOGRAPHIE FERDINAND IMBERT

7, RUE DES CANETTES, 7

1890

151

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1890

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 Mars 1890, à heure

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DU VARICOCELE

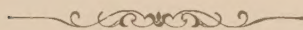
PAR

Paul GOURMAUD

Docteur en Médecine de la Faculté de Paris.

Président de la Thèse : M. S. DUPLAY, professeur

Juges : MM. {
DUGUET,
SCHWARTZ,
POIRIER.



PARIS

TYPOGRAPHIE FERDINAND IMBERT

7, RUE DES CANETTES, 7

1890

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen. M. BROUARDEL.

Professeurs : MM.

Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{ DIEULAFOY.
	{ X...
Pathologie chirurgicale.	{ GUYON.
	{ LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.	
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ SEE (G.)
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	CHARCOT.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.	{ TRELAT.
	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement	{ TARNIER.
	{ PINARD.

*Professeurs honoraire*s : GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT et RICHET.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER	MAYGRIER.	REYNIER.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	Ribemont-Dessaignes.
BLANCHARD.	GLEYS.	NETTER.	RICARD.
BRISAUD.	HANOT.	POIRIER, chef des	A. ROBIN.
BRUN.	HUTINEL.	travaux anatomiques	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	POUCHET.	SEGOND.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUENU.	TUFFIER.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUINQUAUD	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MARIE.	REITTERER.	WEISS.

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR S. DUPLAY

Chirurgien de l'Hôpital Necker

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer, l'année dernière, dans le service de M. le docteur Blum, deux malades atteints de varicocèle, affection relativement fréquente, ne nécessitant que rarement une intervention chirurgicale.

Flatté de l'heureux résultat obtenu, et encouragé par M. Blum, qui a bien voulu nous permettre de publier les deux observations, nous avons eu l'idée de faire du traitement du varicocèle l'objet de notre thèse inaugurale.

Le traitement du varicocèle a occupé de tout temps les chirurgiens, et Celse, Paul d'Egine, Guy de Chauliac, décrivent minutieusement leurs procédés opératoires. Ces méthodes ont joui d'une grande faveur jusqu'au milieu du XVIII^e siècle, puis abandonnées pendant un certain temps, elles ont été reprises de nos jours avec l'avènement de la chirurgie antiseptique.

Une division toute naturelle nous semble s'imposer. Dans un premier chapitre nous donnerons quelques notions sur l'anatomie et la physiologie des veines du cordon. Les fluctuations diverses, par lesquelles est passé le traitement du varicocèle, sont utiles à connaître et intéressantes à rapprocher des doctrines qui ont tour à tour

dirigé les déterminations chirurgicales. Ce sera là notre second chapitre.

Enfin, nous terminerons par la description de notre procédé de choix, qui est celui que nous avons vu employer par M. Blum, et nous y joindrons les remarques qui nous semblent nécessaires.

Avant de commencer notre travail, qu'il nous soit permis de remercier nos maîtres dans les hôpitaux qui tous, nous ont entouré de la plus vive affection et nous ont initié à la science médicale. Leurs conseils seront toujours notre plus fidèle guide dans notre carrière.

Nous gardons une profonde gratitude pour MM. Nicaise, Duguet, Tapret, Routier, Budin, nos meilleurs maîtres.

Que notre excellent maître, M. Blum, qui, nous a aidé de ses conseils et de sa grande expérience reçoive ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

Nous remercions vivement M. le professeur Duplay, de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

ANATOMIE DU CORDON SPERMATIQUE

Il nous semble indispensable, pour comprendre l'étude du varicocèle et de son traitement, de connaître l'anatomie du cordon spermatique et particulièrement la circulation des veines spermatiques.

Avant tout il faut être fixé sur ce qu'on entend par varicocèle. Une bonne définition de la maladie est nécessaire.

Sous le nom de varicocèle (de *varix*, varice, et *κκλη*, tumeur) les auteurs du commencement du siècle ont souvent confondu l'état variqueux des veines du scrotum et celui des veines du cordon. Quelques-uns ont décrit, sous le nom de cirsocèle, les varices du cordon, et sous celui de varicocèle, les varices du scrotum. Cette dénomination ancienne a aujourd'hui disparu; et, par varicocèle, on entend uniquement les varices du cordon ou mieux des veines spermatiques.

Le cordon spermatique est formé de divers éléments qui sont :

Le canal déférent, d'une consistance dure, qui conduit le sperme du testicule jusque dans les vésicules séminales et situé au centre du cordon.

Des artères au nombre de trois, et des veines nombreuses.

Des vaisseaux lymphatiques.

Des nerfs (plexus spermatique et déférentiel) qui proviennent du grand sympathique, accompagnent les artères du même nom; et le nerf génito-crural, branche du plexus lombaire.

On trouve encore dans le cordon des fibres musculaires lisses, derniers vestiges du gubernaculum testis; elles ont été décrites par Henle sous le nom de crémaster interne. Enfin du tissu cellulaire lâche réunit toutes ces parties. Du canal inguinal sortent, avec le cordon et l'enveloppant, les anses du crémaster fournies par le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse.

Parmi ces éléments, deux seulement présentent un grand intérêt pour l'étude de notre sujet : les vaisseaux spermatiques et particulièrement les veines et l'enveloppe du cordon (le crémaster).

L'étude des veines spermatiques a été faite d'une façon magistrale par M. Périer dans sa thèse inaugurale. Ce savant chirurgien les divise en trois faisceaux :

1° Le faisceau antérieur constitué par les vaisseaux que tous les auteurs décrivent sous le nom de vaisseaux spermatiques. Il est considéré comme ramenant seul le sang du testicule, tous les autres vaisseaux étant uniquement destinés aux enveloppes. Il entoure complètement l'artère spermatique. Ce faisceau veineux, à son entrée dans l'abdomen, se porte le long du psoas; celui du côté droit va se jeter dans la veine cave inférieure, celui du côté gauche, dans la veine rénale, en passant au-dessus de l'S iliaque du colon.

2° Le faisceau postérieur ou des veines funiculaires est plus simple et offre un trajet moins étendu que celui des veines spermatiques. Ces veines viennent de la queue

de l'épididyme et se joignent à angle aigu avec les veines épigastriques. Elles sont au nombre de deux ou trois entourant l'artère funiculaire.

3° Les veines déférentielles ne sont que des vaisseaux de tout point comparables aux vasa-vasorum, et communiquent avec les gros troncs veineux voisins par des ramuscules aussi déliés que ceux qui, par exemple, se portent des parois d'une artère à celles d'une veine correspondante.

Le faisceau spermatique et le faisceau funiculaire communiquent largement entre eux, au niveau du bord supérieur du testicule, et sont complètement distincts l'un de l'autre dans tout le reste de leur trajet. Non seulement il existe de larges communications entre les veines de ces deux faisceaux, mais il y a aussi de nombreuses anastomoses entre ces veines propres du cordon et celles des enveloppes, du périnée, du pubis, du bassin et de la cuisse.

Les veines spermatiques sont pourvues de valvules, celles-ci paraissent doubles, et, d'après les recherches de M. Périer existent plus particulièrement dans la portion inguinale et vers le haut de la portion scrotale. Quant à leur nombre et à leur développement, ces valvules paraissent en rapport avec la force musculaire du sujet, et, peut-être, plus directement avec la force des muscles abdominaux et du crémaster.

Le crémaster, ou tunique érythroïde, est constitué par des fibres rougeâtres éparses et rares, qui, très prononcées chez quelques sujets, sont à peine reconnaissables chez d'autres. Ces fibres forment des anses à concavité dirigée supérieurement et dont les deux extrémités sont la continuation des portions inguinales du muscle petit oblique et du muscle transverse. De ces anses, les unes sont très courtes et descendent à peine à quelques centi-

mètres au-dessous de l'épine pubienne; les autres, plus longues, atteignent le fond des bourses et comprennent le testicule dans leur concavité. Ces anses sont toutes placées antérieurement au cordon; il est très rare d'en trouver en arrière. Par la nature évidemment musculaire du crémaster, on s'explique aisément pourquoi le testicule suit toutes les oscillations de la paroi abdominale, remontant et, descendant lentement ou brusquement, selon que les muscles abdominaux se laissent simplement refouler par le mouvement respiratoire où se contractent instantanément comme dans la toux, le cri, l'éternuement, l'effort. Cette dernière considération montre contrairement à l'opinion de Velpeau et de Cruveilhier, la différence qui existe entre le crémaster et le dartos dont les contractions sont lentes à se produire et lentes à s'éteindre.

PHYSIOLOGIE

La circulation du sang dans les veines spermatiques se fait de la même façon et par les mêmes mécanismes que dans le système veineux en général. Le sang circule dans les veines en vertu des contractions du cœur, de plus, il est chassé en avant par le sang placé derrière et soumis lui-même à un mouvement en avant ; c'est là ce qu'on appelle la vis à tergo, chaque molécule de sang recevant l'impulsion de celles situées en arrière d'elle ; c'est la principale cause de la circulation dans les veines, et elle fait progresser le sang avec une certaine vitesse et une certaine force,

Le rôle de l'appareil valvulaire a été mis en lumière par P. Bérard qui n'accorde d'autres usages aux valvules que de s'opposer à la marche rétrograde du sang.

La contraction musculaire est une autre cause de la progression du sang dans les veines, et cette contraction musculaire se fait, pour notre cas particulier, grâce à l'existence du crémaster. Celui-ci, en effet, en se retrayant fait remonter le testicule vers l'anneau de sorte que la longueur des vaisseaux est diminuée, le tissu cellulaire comprimé, et par là même les veines peuvent alors pro-

fiter d'un double bénéfice, la compression exercée sur leurs parois et le mouvement communiqué par le battement des artères. On comprend donc facilement pourquoi, chez les gens bien musclés ou plutôt chez ceux dont le crémaster est très développé, la circulation dans les veines spermaticques doit être favorisée et par suite la stase sanguine et la tendance à la varicosité diminuées.

A ces causes de la circulation, il faut ajouter l'influence de la respiration, du moins du premier temps c'est-à-dire de l'inspiration. « Lorsque les muscles inspireurs se sont contractés, dit Richet, et que, par suite, tous les diamètres de la cage thoracique se sont agrandis, la tendance au vide qui en est la conséquence doit avoir pour résultat forcé, inévitable, l'appel, dans la cavité de la poitrine, des éléments situés dans ce qu'on a appelé sa sphère d'attraction, et qui peuvent se déplacer, c'est-à-dire des fluides et des liquides : c'est en effet ce que l'on observe. » L'expiration, au contraire, entrave la circulation veineuse.

ETIOLOGIE

Le varicocèle est une affection qui se développe généralement à l'époque de la puberté, c'est entre 10 et 35 ans qu'on l'observe le plus habituellement. D'après les statistiques de Curling portant sur dix années, le nombre des jeunes gens refusés, au conseil de revision en Angleterre et en Irlande, aurait été de 70,5 sur 1000 pour varicocèle, c'est-à-dire un nombre plus grand que pour cause de hernie. En France la proportion est inférieure. En consultant les relevés militaires du bureau de la ville de Paris de 1879 à 1883, M. Horteloup a trouvé une moyenne de 3 exemptés sur 1000 hommes examinés.

Le varicocèle est unilatéral ou bilatéral, le plus souvent unilatéral et siégeant à gauche. Le varicocèle droit est rare. « Si vous observez, dit Vidal (de Cassis), un varicocèle à droite, soyez certain de l'existence d'un autre varicocèle à gauche, ordinairement plus volumineux et qui toujours a précédé celui du côté opposé; ou bien il y a une grave inversion dans l'appareil circulatoire. » Cette proposition nous semble exagérée.

Le plus généralement, la dilatation variqueuse n'occupe pas tous les faisceaux veineux, mais l'un seulement;

et ce serait, d'après M. Périer et la plupart des chirurgiens, le faisceau antérieur ou des veines spermaticques proprement dites. Le faisceau postérieur et le faisceau moyen resteraient absolument intacts; on peut quelquefois s'en rendre compte par la palpation.

Le faisceau postérieur n'est cependant pas exempt de varicosité, et, il y a quelques années, M. Horteloup a appelé l'attention des chirurgiens sur la localisation postérieure du varicocèle. Il a démontré par trois observations probantes que le varicocèle postérieur pouvait exister seul sans dilatation appréciable du faisceau veineux antérieur ou principal.

Les veines spermaticques peuvent devenir variqueuses sans qu'il y ait altération des autres veines. D'après le Dr Sistach sur 1,468 observations prises par le conseil de révision, on a observé 38 cas et cinq fois seulement il y avait coïncidence de varice et de varicocèle.

Des causes nombreuses ont été invoquées pour expliquer le varicocèle. Aug. Bérard considère l'afflux du sang fréquemment répété comme en étant la cause la plus active, M. Périer fait jouer à la constitution du sujet le rôle le plus important. « Hors les cas, dit-il, où le varicocèle peut être rapporté à une cause matérielle, palpable, entravant directement la circulation veineuse, comme tumeurs inguinales ou abdominales de toute nature, on l'observe le plus souvent chez des individus lymphatiques, à système musculaire peu développé. Ces individus ayant des veines à parois moins résistantes, moins pourvues de valvules, la contraction musculaire entrave chez eux la circulation au lieu de la favoriser, et s'ils se livrent à des excès vénériens, et s'ils exercent une profession exigeant la station debout longtemps prolongée, accompagnée ou non d'efforts, ils sont presque infailliblement voués à cette affection. » — La théorie de M. Périer peut trouver son application dans les deux cas qui font l'objet de notre tra-

vail. Ce sont, en effet, deux jeunes gens d'une constitution faible, à tempérament lymphatique. Nous pensons, cependant, qu'il faut aussi accorder, pour se rendre compte de la plus grande facilité de reflux sanguin par efforts chez les hommes de faible musculature, une part capitale à la faiblesse que le crémaster ne peut manquer d'offrir chez les sujets ainsi constitués. L'effort ne peut se produire que pendant l'expiration, et nous savons que pendant l'expiration la circulation veineuse est ralentie; si le crémaster n'est pas assez fort pour lutter contre cette force, il en résultera une plus grande accumulation de sang dans les veines spermatiques, par suite, leur dilatation. Ainsi s'établira le varicocèle.

Toutes ces causes nous rendent compte de l'existence du varicocèle, mais ne nous disent pas pourquoi il se produit plutôt à gauche qu'à droite. Pour expliquer ce fait presque constant on a invoqué divers motifs: d'abord la veine spermatique principale du côté gauche vient s'aboucher à angle droit dans la veine rénale, tandis que la veine du côté droit finit sous un angle aigu dans le tronc de la veine cave inférieure, suivant la direction même du courant sanguin. Puis on a dit que le testicule gauche était toujours situé plus bas que le droit; et, d'après M. Primaire, le testicule gauche aurait un poids plus considérable que le droit, ce qui entraînerait des vaisseaux plus nombreux et d'un calibre plus élevé. Les vaisseaux gauches sont plus longs que ceux de droite; donc, une même cause agissant avec une égale intensité sur les deux côtés, devra presque nécessairement produire des effets plus marqués à gauche qu'à droite, par conséquent les veines du côté gauche sont plus disposées à subir la dilatation variqueuse. Enfin la compression des vaisseaux par l'S iliaque plus ou moins remplie de matières fécales a été invoquée comme cause.

DIAGNOSTIC -- PRONOSTIC

Il est généralement facile de distinguer le varicocèle des autres affections que l'on peut trouver dans cette région. Nous n'avons pas pour but de faire le diagnostic différentiel; nous dirons seulement avec M. Segond, qu'on reconnaîtra un varicocèle à « la sensation nette d'un amas de cordons veineux qui se laissent effiler ou dissocier sous les doigts, aux caractères de la tumeur formée par leur réunion, aux variations de volume sous l'influence des attitudes, des efforts, de la température. » Le pronostic doit nous occuper davantage, puisque c'est sur ce que peut devenir le varicocèle qu'est basée la conduite à tenir, le traitement en un mot.

Si presque toujours le varicocèle est une affection bénigne, pouvant guérir au moyen de certaines précautions hygiéniques, il n'en est pas moins vrai que parfois c'est une maladie très sérieuse, mortelle même.

Le volume du varicocèle n'est pas forcément en rapport avec sa gravité, ce n'est souvent que la cause d'une gêne qui disparaît avec un bon suspensoir. Des varicocèles très petits peuvent, au contraire, être très douloureux, occasionner des tiraillements dans les lombes, gêner la marche et rendre tout travail impossible. Les douleurs sont parfois si atroces qu'on a vu certains malades se soumettre au traitement de la compression, et d'autres demander avec insistance l'opération de la castration.

Bien des fois on a observé que cette affection rendait hypocondriaques les individus qui en étaient atteints; la connaissance du mal physique produisant son effet sur le moral. Parfois cependant le sujet mélancolique ignore sa maladie, et Vidal (de Cassis) cite le cas d'un jeune artiste qui avait des idées mélancoliques, et chez qui, il fit la découverte d'un varicocèle dont le jeune homme ignorait l'existence et qui ne lui causait aucune douleur. L'opération ramena le calme dans son esprit et changea complètement son humeur qui n'eut plus rien de triste.

Outre les phénomènes précédents, qui sont les plus fréquents, on a constaté l'atrophie du testicule. Chez un de nos malades le testicule était devenu mollasse. L'impuissance ou plutôt la frigidité s'observe aussi parfois, elle est d'ailleurs une conséquence de l'atrophie du testicule.

En même temps que le varicocèle, il peut exister une autre affection de la région, dans ces cas le pronostic est d'une gravité incontestable. M. Segond cite un malade âgé atteint de « hernie inguinale double volumineuse, hydrocèle bilatérale, varices spermatiques volumineuses des deux côtés, excoriations des bourses, intertrigo avec prurit intolérable, impossibilité de contenir les hernies sous peine d'éveiller des douleurs vives du côté des varicocèles. » Un tel exposé n'a pas besoin de commentaire.

Pour terminer l'étude du pronostic, mentionnons les complications inflammatoires, très rares, il est vrai, mais qu'on a cependant observées plusieurs fois. M. Vallin, professeur au Val-de-Grâce, a publié, en 1877, une observation de varicocèle double, terminé par une phlébite suppurative aiguë du cordon qui se termina par la mort le quatrième jour. D'autres observations analogues ont été publiées. Dans ces cas l'intervention chirurgicale est de toute nécessité.

TRAITEMENT

Nous avons dit précédemment que dans la majorité des cas le varicocèle est une affection bénigne, méconnue souvent, ou qui de temps en temps est l'occasion de douleurs et de tiraillements sur le trajet du cordon, dans l'aîne, avec irradiation dans la région lombaire. Ces douleurs s'augmentent par la marche et la station debout longtemps prolongée. Pour les calmer, il existe certains moyens hygiéniques auxquels il faut toujours avoir recours, sitôt qu'on a constaté l'existence d'un varicocèle. L'intervention chirurgicale ne doit avoir lieu, comme nous allons le dire, que dans certains cas bien déterminés.

La première indication consiste à faire porter aux malades un suspensoir pour relever les bourses et prévenir la sensation de douleur et de pesanteur et de plus l'excoriation du scrotum et des cuisses. Si le suspensoir est bien appliqué, il fera remonter le testicule vers l'anneau, diminuera la longueur du cordon, et par là facilitera la circulation, en un mot il viendra en aide au crémaster trop faible pour le rôle qui lui est confié. On conseillera les lotions froides matin et soir ainsi que les bains de siège. Les sujets atteints de varicocèle ne devront pas

s'adonner aux exercices violents tels que : la danse, l'es-crime, la gymnastique, l'équitation. Le coït ne leur est pas défendu, tant s'en faut, mais on doit les prévenir que les excès génésiques leur sont nuisibles. On combattrà la constipation, on déconseillera l'usage des bains chauds, on veillera à ce que la constriction des vêtements ne soit pas trop énergique au niveau de la ceinture.

Divers appareils ont été inventés pour repousser le testicule vers l'anneau inguinal et diminuer la longueur du cordon; parmi ces appareils, citons celui de Richard du Cantal et celui de Morgan. L'état de délaissement dans lequel ils se trouvent justifie assez leur valeur. Rien ne vaut un bon suspensoir.

Ce mode de traitement doit être appliqué dans tous les cas et aussi longtemps que possible; le chirurgien ne doit sortir de cette réserve que dans certains cas définis par Ogilvie Will. Ce chirurgien ne conseille d'intervenir que lorsque :

1° Le varicocèle est volumineux et s'accroît rapidement;

2° Le malade n'est plus apte à remplir un service public et doit renoncer à sa carrière;

3° Les douleurs sont intenses;

4° Le testicule est atrophié;

5° Les facultés mentales sont troublées, le malade est devenu hypochondriaque.

Dans les deux premiers cas, le chirurgien doit examiner les indications et les contre-indications, ce n'est qu'après un examen attentif et méthodique qu'il se décidera à prendre le bistouri. Il doit plutôt accéder au désir du malade que le prévenir. Lorsque les douleurs sont vives et que les facultés mentales sont troublées, l'opération est des plus légitime.

Dans les cas d'atrophie du testicule la question est plus difficile à résoudre. Cependant plusieurs observations que nous avons relevées dans les auteurs anglais nous permettent de penser qu'après l'opération la glande peut recouvrer ses fonctions.

M. Lée constata dans deux cas qu'à la suite d'une opération, les testicules étaient redevenus plus fermes et plus gros. Nous-même rapportons un cas semblable dans notre observation I.

Dans 32 cas, M. Barwell a constaté un an après le traitement que les fonctions avaient été recouvrées.

Enfin le cas de Vidal (de Cassis) qui observa chez un individu atteint de varicocèle la voix de castrat ; après l'opération, la voix reprit un caractère mâle.

Lorsqu'il y a des complications inflammatoires, des phlébites, l'opération ne se discute plus, elle est de toute nécessité.

Pour tous ces motifs le traitement chirurgical nous paraît nettement indiqué. et maintenant, grâce aux pansements antiseptiques, nous interviendrons avec beaucoup moins d'inquiétude.

Il nous a paru intéressant de rechercher quelle était aux différentes époques l'opinion des chirurgiens sur une opération précise, délicate et dangereuse, comme celle du varicocèle. Cet historique nous montrera quelles étaient les hardiesses chirurgicales à chaque époque, et que la hardiesse du chirurgien dépend souvent du pansement qu'il emploie.

Celse qui vivait pendant le règne d'Auguste, s'exprime au sujet de l'opération du varicocèle dans les termes suivants : « S'il existe sur le scrotum une saillie vasculaire, on la brûle avec des cautères grêles et pointus, qu'on enfonce dans les veines mêmes, en ayant soin de ne pas porter l'action au-delà... Les veines dilatées sont-elles sur la tunique moyenne (?), on doit faire une incision à l'aîne,

attirer cette tunique au dehors, en détacher les vaisseaux avec le doigt ou le manche du scalpel, et les lier avec un fil à leur point supérieur et inférieur d'adhérence, puis les couper au-dessous des ligatures et replacer le testicule. »

Paul d'Egine au ^{vii}^e siècle donne de l'opération du cirsocèle une description qui se rapproche de celle de Celse. « Après avoir convenablement placé le malade, nous palpons le scrotum et nous repoussons le crémaster à la partie inférieure. On le reconnaît facilement parce qu'il est plus mince que les vaisseaux, plus ferme et résistant... Puis, saisissant dans le scrotum les vaisseaux avec nos doigts et avec ceux d'un aide, et les tirant fortement, nous dirigeons obliquement le tranchant d'un bistouri sur les vaisseaux servant d'appui à l'instrument. Ensuite, à l'aide de crochets que nous fixons, disséquant les parties situées sous la peau et mettant à nu les vaisseaux, nous faisons passer dessous une aiguille munie d'un fil double, et, après avoir coupé l'anse du fil, nous lions les vaisseaux aux endroits où commence et où finit leur dilatation; alors nous faisons dans le milieu une incision droite, et, après avoir évacué le sang coagulé, nous appliquons le pansement suppuratif, afin que les fils tombent d'eux-mêmes avec les vaisseaux. »

Guy de Chauliac (vers 1363), dit que la hernie variqueuse est difficile et dangereuse à opérer : « Mais si tu es fort importuné de prières, après avoir prédit le danger, suivant la doctrine d'Albacusis, incise la peau des testicules... et lie la hernie variqueuse, en haut et en bas; et coupe tout nœt ce qui sera au milieu, et le tire dehors, et couds, pour guérir la playe comme dict est. »

Arculanus, chirurgien italien du ^{xv}^e siècle « liait la veine en haut et en bas, l'excisait entre les deux ligatures et réunissait par suture ».

Franco (1556) s'exprime ainsi au sujet de la hernie

variqueuse : « il faut procéder en la curation en ceste sorte : après avoir fait bonne ouverture en long au scrotum du milieu d'en haut, il faut tirer fort le didime par le testicule. Et alors passer par dessous la varice (le plus haut qu'il sera possible) une aiguille d'argent ou autre, qui soit courbe ou enfilée, et la lier en deux lieux auprès l'un de l'autre. S'il y a plusieurs veines, il faut faire le semblable à toutes. Mais premièrement que d'estraindre le fil, il faut couper la varice entre les deux filz et laisser évacuer le sang contenu en icelles... Et alors on estraindra les filtz, et cauterizera-t-on, si on veut, car il n'est pas autrement nécessaire ».

Ambroise Paré (1564) dit au sujet de la hargne variqueuse : « Pour la curer, faut faire ouverture au scrotum de la grandeur de deux doigts ou environ, à l'endroit de la varice. Puis faut passer, par-dessous la veine variqueuse, une aiguille enfilée d'un double fil, le plus haut de la varice qu'on pourra, pour la lier en haut vers sa racine. De rechef, on passera l'aiguille comme dessus, en l'autre partie basse, laissant un doigt d'espace, peu plus ou moins, entre les deux ligatures. Mais premier que d'estreindre le fil de la dernière ligature, faut ouvrir la varice en l'espace moyen, comme si on voulait saigner, afin d'évacuer le sang contenu au scrotum, ainsi que l'avons pratiqué cy-devant en la cure des varices. Puis la playe traitée comme l'art le commande, laissant tomber les filets d'eux-mêmes. »

Jean Vigier (de Castres), chirurgien du xvi^e siècle, décrit l'opération du varicocèle dans des termes identiques à ceux d'Amb. Paré. Il dit aussi que la plaie sera traitée selon l'art, et le traitement qu'il indique était celui employé par tous les chirurgiens anciens. « Quant aux topiques ou premier appareil, on appliquera sur la playe blancs d'œufs battus et meslés avec poudres astringentes, pour empêcher la fluxion et inflammation..., lequel osté,

j'y applique un remède ou agglutinatif, propre pour les playes récentes, comme est le baume du Pérou, ou quelques gouttes des baumes suivants sans aucune tante, afin de réunir la playe plus promptement, ce qu'un expert et religieux chirurgien doit faire sans user d'aucuns peptiques et suppuratifs, qui traînent la playe en longueur, enflamment la partie... »

Quand la playe est avec perte de substance, J. Vigier conseille avec Galien l'usage de l'encens et de l'aristolochia : « La playe aussi sera lavée deux fois par jour l'esté et une en hiver de bon vin chaud. Puis on appliquera par-dessus un baume sarcotique et glutinatif, et un emplâtre de Gratia Dei, puis un cuissinet, ou estoupes imbues de bon vin rouge par-dessus. »

Par cet exposé on voit combien la hardiesse du chirurgien était grande; peut-être les pansements faits avec des substances plus ou moins antiseptiques la justifiaient-elle.

Vers le milieu du XVIII^e siècle quelques membres de l'académie royale de chirurgie préconisent l'usage des pansements avec les corps gras, et le pansement au cérat est substitué aux topiques aromatisés, aux vulnéraires alcooliques; alors apparaissent des suppurations, des abcès, des gangrènes. Avec ce nouveau mode de pansement, la cure du varicocèle entre dans une nouvelle phase, on n'opère plus à ciel ouvert, le bistouri est laissé de côté, on invente des procédés nouveaux, des instruments. Nous allons donner quelques détails sur ces diverses opérations.

Compression. — Breschet est le promoteur de cette méthode qui prit jour au lendemain de la fin tragique de Delpech, l'un des derniers défenseurs de la cure radicale du varicocèle par le bistouri. On sait que Delpech fut assassiné par son ancien opéré Demptos, auquel il avait

lié les veines spermatiques, et que l'atrophie consécutive des deux testicules avait réduit à l'impuissance.

Breschet se servait de pinces analogues à l'entérotome de Dupuytren. On isolait d'abord le canal déférent, puis deux pinces étaient placées sur le varicocèle à une distance de 2 ou 3 centimètres l'une de l'autre, on serrait jusqu'à mortification des tissus. Cette plaie, avec une perte de substance plus ou moins étendue, demandait toujours un temps assez long pour se cicatriser. La compression poussée jusqu'au sphacèle déterminait de vives douleurs et parfois des accidents graves, qui cependant compromettaient rarement la vie des individus.

Landouzy apporta une modification aux pinces de Breschet. Reynaud (de Toulon) faisait passer un fil à ligature au-dessous de la veine qui était maintenue dans un pli de la peau du scrotum. On serrait graduellement jusqu'à la section complète de la veine et de la peau, ce qui n'arrivait pas avant le quinzième ou le dix-huitième jour, et souvent même on était obligé d'achever en sectionnant, avec le bistouri, la peau amincie comprise dans l'anse. En moyenne le traitement durait un mois, le malade ressentait de vives douleurs et souvent l'inflammation se développait autour de la piqûre ou de l'eschare et pouvait se propager à tout le scrotum.

Cautérisation. — Cette méthode date du temps de Celse. Voillemier a voulu la remettre en honneur. Après avoir isolé le canal déférent avec les doigts, il appliquait sur le paquet variqueux un fer rouge dans une direction perpendiculaire à l'axe du corps. Cette méthode, malgré les quelques succès obtenus, est vite retombée dans l'oubli.

Bonnet (de Lyon) et Nélaton se servaient de caustiques, ordinairement de potasse ou de chlorure de zinc. Une pince percée de trous est appliquée sur le scrotum ; dans chaque trou on introduit le caustique. Bonnet se servait de pâte

au chlorure de zinc qu'il laissait en place pendant 24 heures. Nélaton laissait le caustique environ 25 minutes. Il se formait une eschare blanche qui tombait du dixième au vingtième jour. Cette méthode n'a pas eu plus de faveur que celle de Voillemier.

Ligature sous-cutanée. — La ligature sous-cutanée comprend deux procédés principaux, celui de Gagnebé et celui de Ricord. Gagnebé opère de la façon suivante : le paquet variqueux étant ramené dans un pli du scrotum, on passe à la base de ce pli, entre les veines et le canal déférent une aiguille armée d'un fil, puis on engage de nouveau l'aiguille dans un orifice de sortie pour la faire cheminer au-devant des veines cette fois, et ressortir par son orifice d'entrée. Les veines sont ainsi étreintes par une anse de fil dont les deux chefs sortent par la même ouverture. On fait alors un double nœud très serré. La section des veines et la chute du fil se font en général attendre longtemps.

Dans le procédé de Ricord on fait passer en arrière et en avant des veines et en sens inverse un double fil. On engage les deux chefs de chaque fil dans un serre-nœud spécial qui permet d'augmenter à volonté la constriction des veines.

Enroulement. — Vidal (de Cassis) décrit cette méthode de la manière suivante : 1^{er} temps : passer un fil d'argent derrière les veines, après isolement du cordon. — 2^e temps : par les mêmes ouvertures de la peau, passer en avant des veines un fil d'argent moins fort. — 3^e temps : tordre les fils sous le chloroforme. Le fil le plus fin décrit des spirales sur le plus fort et les veines s'enroulent sur ce double fil métallique, comme la corde s'enroule sur le treuil. Plus on exécute de tours, plus le testicule remonte. Une fois la torsion faite, on serre les deux bouts

du cordon métallique sur la peau recouverte d'une compresse pliée. Au bout de 15 jours on enlève les fils et si le repli cutané n'est pas entièrement coupé ou en achève la section par le bistouri.

Résection. — Ce mode d'opération a été pratiqué par Chassaignac. Après avoir isolé le canal déférent, il passait en arrière des veines trois fortes épingles distantes de 1 travers de doigt environ, puis, après avoir pédiculisé par un lien circulaire les parties molles situées au-devant des épingles, il sectionnait lentement le pédicule artificiel avec la chaîne de son écraseur, cette section s'opérait sans perte de sang et demandait 15 à 20 minutes de durée. Puis les lèvres de la plaie étaient suturées.

Isolement ou méthode de Rigaud (de Nancy). — On incise le scrotum en avant, puis on passe en arrière du paquet variqueux un ruban de linge de la largeur de deux travers de doigt, les veines sont ainsi mises à nu et à leur surface on applique de la charpie et un bandage. Vers le troisième jour la suppuration se déclare, et bientôt on trouve le paquet variqueux comme momifié.

Ce procédé a donné de très bons résultats à M. Rigaud qui publie 150 observations; mais dans son mémoire il relate 3 cas de mort par infection purulente. Dans ces trois cas on avait blessé légèrement la veine ou de petites branches collatérales, ces blessures déterminèrent une phlébite diffuse qui fut le point de départ des accidents infectieux.

Acupuncture. — Elle consiste à enfoncer dans les veines variqueuses une épingle que l'on laisse 4 ou 5 jours. Cette méthode, quoique conseillée par Velpeau a été vite abandonnée.

Coagulation. — Les injections de perchlorure de fer, étaient employées dans le traitement des varices des membres, il était donc légitime qu'elles fussent appliquées à la cure du varicocèle. Maisonneuve et Broca ont eu de bons résultats par cette méthode. Après avoir arrêté la circulation dans les veines variqueuses en exerçant une compression assez énergique, ils injectaient dans ces veines 20 gouttes de perchlorure de fer à 30°. Ce traitement s'applique beaucoup mieux aux veines superficielles du membre inférieur qu'aux veines spermatiques.

Galvano-caustie. — En 1858 avec Middeldorpf, la galvano-caustie entre dans la pratique courante, et la cauterisation galvanique devient un procédé thérapeutique pour la cure du varicocèle. Le traitement a une longue durée, 18 à 25 jours en moyenne, des abcès sont survenus à la suite ; et l'action ne peut être limitée exactement.

D'après une série d'observations publiées dans la Revue des sciences médicales de 1878 il a donné de mauvais résultats.

Sur sept opérations : une mort, une gangrène partielle. Une fois il est survenu des accidents inflammatoires graves, une autre fois on fut obligé de recommencer l'opération. Enfin dans les deux cas les plus heureux on obtint la guérison au bout de 24 à 30 jours.

Electricité. — Afin de produire la coagulation du sang, on fait pénétrer dans la veine variqueuse une aiguille enduite de vernis jusqu'à 1 centimètre de sa pointe et mise en communication avec le pôle positif. On promène sur les bourses un tampon de charbon mis en rapport avec le pôle négatif. La durée de la séance est de 5 à 6 minutes. Cette opération ne met pas à l'abri de la récurrence, de plus elle nécessite un appareil que tout praticien ne peut pas toujours se procurer facilement.

Le manuel opératoire, il est vrai, n'est pas difficile, et il n'est pas nécessaire de fixer les aiguilles dans les parois des veines, et lorsque la force des courants est suffisante, on peut obtenir la coagulation, celles-ci étant au dehors des vaisseaux. Mais encore faut-il être familiarisé avec ce procédé pour savoir graduer son courant, et, même dans ce cas, on sera exposé à coaguler non-seulement le sang de la veine variqueuse, mais encore le sang de plusieurs veines voisines, ainsi que celui de l'artère et à supprimer d'un seul coup la circulation du cordon spermatique.

Du reste, les résultats obtenus par ce procédé ne sont pas brillants, d'après trois observations, l'une recueillie dans la thèse de M. Percepied, 1874, et les deux autres dans celle de M. Bernard :

Première observation (Th. du Dr Percepied). Le traitement a duré un mois.

Deuxième observation (Th. du Dr Bernard), Trois applications :

La première le 30 juillet.

La deuxième le 24 août.

La troisième le 1^{er} septembre.

Après chaque application les douleurs sont vives, elles empêchent le malade de dormir la nuit qui suit l'opération, et elles durent même plusieurs jours.

Troisième observation : Après quatre applications, le malade n'est pas guéri et le traitement n'est pas continué.

Tels sont les principaux systèmes, les instruments employés pour le traitement curatif du varicocèle depuis le milieu du xvm^e siècle jusqu'au moment où, guidés par les découvertes de Pasteur, les chirurgiens adoptèrent le pansement de Lister et revinrent aux procédés anciens. Si tous ces procédés ont donné quelques succès, aucun n'est complètement à l'abri de la critique. D'abord, après l'emploi de toutes ces méthodes on a constaté des récidives ; et d'une manière générale on peut leur reprocher

de durer trop longtemps, de causer des douleurs très vives au patient, d'être souvent dangereuses dans les complications qui surviennent après l'opération; enfin de compromettre les fonctions du testicule qui s'atrophie souvent après. En effet, le chirurgien avec tous ces procédés, ne peut guère opérer avec précision, isoler le paquet variqueux pour agir seulement sur lui. Tantôt il oblitère la circulation dans les varices, mais en même temps dans d'autres veines, qui devraient être conservées pour servir à la nutrition de la glande. Tantôt il n'atteindra pas toutes les varices et il pourra léser une ou plusieurs des artères du cordon et produire ainsi d'une manière certaine l'atrophie du testicule.

Enfin, comme l'isolement du canal déférent est le point le plus délicat de l'opération, il pourra le sectionner ou tout au moins le léser et compromettre encore la fonction de l'organe sécréteur.

Les belles recherches de Pasteur sur les microbes, en même temps qu'elles nous expliquèrent la pathogénie de certaines maladies, donnèrent un formidable élan à la pratique de la chirurgie.

Par ses expériences, ce savant a démontré la présence des germes organisés dans l'air atmosphérique, leur rôle dans les fermentations, ainsi que la possibilité de les arrêter au passage par l'intermédiaire d'un simple filtre d'ouate, et de les détruire au moyen de certaines substances.

C'est, en s'appuyant sur ces principes et en s'inspirant de ces idées qu'Alphonse Guérin, en France, et Lister, en Angleterre, ont formulé leurs modes de pansement.

Il n'est pas loin le temps où le chirurgien ne prenait un bistouri qu'avec crainte, et nos maîtres se rappellent tous qu'au début de leurs études, l'infection purulente régnait en maîtresse dans les salles de nos hôpitaux; aujourd'hui la septicémie et l'érysipèle sont rares, même très rares.

Nous devons ces résultats à la connaissance plus complète que nous avons de la pathogénie des complications des plaies et à l'emploi des méthodes de pansement basées sur cette connaissance même.

Grâce, donc, aux doctrines de Pasteur, au pansement ouaté d'Alph. Guérin, au pansement de Lister, le chirurgien est devenu plus audacieux et, pour notre cas particulier, il n'a plus tant à redouter les plaies des veines : juste frayeur des chirurgiens du commencement du siècle.

La méthode antiseptique, en un mot, a fait accomplir une véritable révolution à la science, et la cure du varicocèle en a bénéficié pour une large part.

Les procédés opératoires employés depuis le milieu du XVIII^e siècle sont aujourd'hui abandonnés, et nous assis-tions à une véritable renaissance. Nous appliquons maintenant les méthodes anciennes en les rajeunissant par l'antisepsie. C'est en nous inspirant des travaux de Paul d'Egine, d'Amb. Paré que nous traitons le varicocèle.

Avec la méthode antiseptique nous entrons dans la troisième phase du traitement du varicocèle.

M. Horteloup s'est occupé tout particulièrement de la question, et ses idées sont résumées dans la thèse de Wickham.

Sa première opération date de 1882, et ce n'est que trois ans plus tard que, s'appuyant sur dix-huit observations, il communiqua son procédé à l'Académie de médecine.

Contrairement à l'opinion de M. Périer et de la plupart des chirurgiens, M. Horteloup soutient que dans la majorité des cas l'affection atteint le plexus postérieur ou funiculaire, du moins ce plexus devient variqueux le premier, et, si les deux plexus sont pris, le postérieur l'est plus que l'antérieur. Nous n'avons pas ici à discuter le fait, constatons simplement la divergence d'opinion.

M. Horteloup combine la résection du scrotum et celle

des veines; mais, fidèle à sa théorie, il résèque toujours et uniquement les veines postérieures; à cet effet, il a fait construire un instrument spécial (clamp d'Horteloup), dont la description a été faite par M. Wickham, et récemment par notre ami le docteur Crouzat.

M. Le Dentu, pour la résection du scrotum, ne fait que substituer au clamp d'Horteloup des pinces à ovariectomie, dites pinces à pédicule, dont les mors coudés sur les manches ont 7 centimètres de long. La résection du scrotum se fait de bas en haut. La première pince est appliquée sur la partie du scrotum voisine du périnée, la concavité des mors tournée vers les testicules, la deuxième pince sur le tiers moyen des bourses, la concavité des mors tournée en arrière. On place des crins de Florence [par transfixion en arrière des mors, on détache avec un bistouri ou des ciseaux la partie du scrotum située en avant de la première pince, on enlève celle-ci et on noue les crins de Florence placés à l'avance. Cette pince est alors placée sur la portion restée libre du scrotum, la concavité des mors tournée en arrière. Il fait la même manœuvre pour la seconde pince, puis pour la troisième que pour la première.

Hache, dans les *Annales* des maladies des organes génito-urinaires (mai 1884), résume les idées de M. le professeur Guyon sur le traitement du varicocèle et décrit le procédé opératoire de son maître. M. Guyon résèque le scrotum avec le bistouri; il limite un lambeau de peau qu'il dissèque, puis arrivé sur la vaginale et sans l'ouvrir, il pose deux ligatures sur le paquet variqueux. Puis il referme la plaie par des points de suture.

D'autres procédés ont pu être mis en pratique grâce au pansement de Lister, c'est ainsi que M. Nicaise, reprenant la méthode de Paul d'Egine, de Guy de Chauliac, après avoir fait une ouverture au scrotum, lie les varices en deux endroits, et fait la résection de la partie comprise entre les deux ligatures.

Si maintenant nous consultons les ouvrages médicaux étrangers, nous constatons que le varicocèle est traité par des méthodes identiques ou du moins différant peu de celles employées en France. H. Lée, ayant eu plusieurs varicocèles à traiter, incise la peau du scrotum avec des ciseaux courbes ou avec un bistouri, place une double ligature sur les veines variqueuses, les resèque, puis applique un cautère (fer rouge), sur l'extrémité des veines divisées. Après avoir refait les nœuds placés autour des veines, il suture les bords de la plaie.

M. A. Barker et M. Armandale, décrivent un procédé semblable à celui de M. Lée, mais ne se servent pas du cautère.

Le professeur Fischer de Breslau publie un certain nombre d'observations de varicocèle opéré par la double ligature des veines malades et la section entre ces deux ligatures après avoir fait une incision au scrotum.

PROCÉDÉ DE CHOIX

L'opération que nous allons décrire est celle que nous avons vu faire à M. Blum au mois de novembre dernier. Ce traitement nous paraît répondre tout à fait à l'épithète de curatif, puisqu'il s'adresse à la fois au scrotum et au paquet variqueux. Il a été pratiqué deux fois dans la même semaine pour deux varicocèles volumineux et douloureux. Par son volume et surtout par la douleur qu'elle cause, cette affection nécessite une intervention chirurgicale, nous l'avons d'ailleurs établi précédemment.

OPÉRATION

Avant.— Le malade restera au repos pendant quelques jours, afin que la circulation s'établisse plus régulière et que la tumeur ait diminué de volume.

La veille de l'opération, il sera bon de faire prendre au malade un grand bain savonneux ; puis quelques heures avant l'opération on rasera soigneusement la région qu'on lavera ensuite avec des liquides antiseptiques.

Comme liquide antiseptique M. Blum emploie des solutions soit d'acide phénique, soit de sublimé.

Les solutions d'acide phénique sont à 5 pour cent ou solution forte, et à 2,50 pour cent ou solution faible. Celles de sublimé sont à 1 pour mille.

Les instruments seront plongés dans la solution phéniquée forte.

Ils se composent d'un bistouri, d'une paire de ciseaux, d'une sonde cannelée, d'une pince à disséquer, de pinces hémostatiques; instruments que tout praticien a dans sa trousse.

Le catgut sera placé dans de l'huile phéniquée.

Les fils à ligatures seront mis dans la solution phéniquée forte.

La salle d'opération sera convenablement chauffée, et pour la rendre plus aseptique, on pourra faire fonctionner un pulvérisateur quelques minutes avant l'opération.

Plusieurs litres des solutions antiseptiques précédemment indiquées auront été préparés d'avance.

Un aide est spécialement destiné à l'administration du chloroforme.

Pendant qu'on endort le malade, un autre aide, savonne à nouveau la région à opérer puis la lave avec la solution phéniquée faible.

Le chirurgien et ses aides se lavent les mains avec la solution faible.

Opération. — Une fois toutes ces précautions prises, le chirurgien commence son opération.

Le malade étant endormi, le chirurgien saisit de la main gauche la peau du scrotum et y trace avec le bistouri un lambeau elliptique à grand diamètre transversal, la partie moyenne est un peu au-dessus de l'extrémité supérieure du testicule.

Ce lambeau ne comprend que la peau, et ses dimensions varient avec le volume même du varicocèle et le degré de flaccidité de la peau. Il faut se souvenir que dans cette région, la peau est très rétractile; aussi est-il préférable

de faire un petit lambeau. Le lambeau est disséqué rapidement et enlevé, on a alors sous les yeux la tunique fibreuse commune, doublant extérieurement la vaginale immédiatement au-dessus du testicule. On coupe les divers feuillets de la tunique fibreuse avec beaucoup de précaution et sur la sonde cannelée. Quand on est arrivé à la vaginale, on voit le cordon, grâce à la transparence de cette tunique. On ouvre la vaginale. C'est là la partie difficile de l'opération car on doit toujours craindre de blesser les vaisseaux; aussi pour éviter toute lésion il est préférable de se servir d'une sonde cannelée et de la pince. Avec ces deux instruments on procédera à la dissection des éléments de cordon.

Tout d'abord, il faut isoler le canal déférent, facile à reconnaître à sa dureté; puis l'artère spermatique qui se trouve au milieu du paquet variqueux et qui devra être conservée pour assurer la nutrition du testicule.

Le paquet variqueux isolé, on fera passer sous lui une sonde cannelée comme dans la méthode de Rigaud, afin de mettre plus de précision dans son opération et de rendre les ligatures plus faciles.

On passera ensuite un fil de catgut à la partie inférieure, et on liera le plus près possible du testicule.

Avant de serrer le fil de catgut placé à la partie supérieure, on exercera une pression sur le cordon veineux afin de bien chasser le sang qui pourrait y rester. La seconde ligature sera faite à 1 centimètre $1/2$ ou 2 centimètres de la première.

On réséquera ensuite la partie comprise entre les deux ligatures.

Après avoir fait la toilette du cordon, c'est-à-dire, lavé avec la solution faible et épongé avec des éponges fines préalablement préparées et stérilisées, on réunira les lèvres de la plaie par quelques points de suture avec des crins de Florence.

A la partie la plus déclive on pourra placer un drain ou y mettre simplement une petite mèche de gaze iodoformée, qui assurera l'écoulement du liquide s'il venait à s'en produire de la même façon et presque aussi sûrement que le ferait un drain.

Après. — Après avoir nettoyé le scrotum, on procèdera au pansement. On saupoudrera la partie opérée de poudre d'iodoforme ou de salol, d'une poudre antiseptique quelconque; mais nous donnons la préférence à l'iodoforme; puis on placera quelques morceaux de gaze iodoformée, puis des petites bandelettes de gaze phéniquée. Si on a mis un drain, on aura bien soin de ne pas mettre de gaze au-devant de l'orifice; c'est-à-dire de n'en pas boucher la lumière.

Les bourses seront enveloppées de gaze ou de coton hydrophile et tout le pansement sera recouvert d'une toile imperméable.

Puis on fera un spica double.

On disposera le pansement de telle sorte que le malade pourra satisfaire à ses besoins sans qu'il soit nécessaire de l'enlever.

Le second pansement sera fait deux jours après l'opération et les points de suture pourront être enlevés vers le huitième jour.

Pour enlever le drain, on se basera sur les suites de l'opération. S'il ne se forme pas de pus, on l'enlèvera de très bonne heure. Si au contraire il s'est formé du pus, il faudra tenir une conduite inverse.

On aura soin de recommander au malade de porter pendant quelques temps un suspensoir afin de diminuer la fatigue et d'éviter la recidive.

OBSERVATION. I.

Varicocèle volumineux et douloureux — Résection du scrotum, ligature et section des veines. — Guérison complète.

H. Jean 24 ans, employé entré le 11 novembre 1889 dans le service de M. le docteur Blum à l'hôpital Tenon. Salle Montyon 11.

Antécédents héréditaires. —

Rien de particulier à noter du côté de son père et de sa mère.

Antécédents personnels. — Il y a cinq ans le malade s'est aperçu que le scrotum du côté gauche était plus volumineux que du côté droit. Mais cette augmentation de volume ne lui occasionnait ni fatigue ni douleur, bien que sa profession l'obligeât à être longtemps debout.

Au moment de la révision, il fut réformé.

Le varicocèle à augmenté peu à peu de volume, et depuis trois ans environ est la cause de douleurs de plus en plus vives qui se montrent après une marche, après la station debout prolongée d'une durée de quinze à vingt minutes.

Le malade a remarqué que ses douleurs étaient plus vives pendant l'été.

Sur le conseil de M. le docteur Périn, il y a un an, le malade a porté un suspensoir ; mais il ne l'a gardé que trois mois, parce que, dit-il, il n'éprouvait aucun soulagement.

La violence et la fréquence des douleurs gênaient le malade dans sa profession (sacristain). Depuis une quinzaine de jours les douleurs étaient devenues plus fréquentes et d'une durée plus longue ; aussi l'obligèrent-elles à venir demander conseil à M. Blum, et nécessitèrent son entrée à l'hôpital.

Le malade n'a pas de rapports sexuels.

A l'examen, on constate que le scrotum du côté gauche est plus volumineux et descend plus bas que du côté droit.

Quant on fait marcher le malade on observe que la marche détermine une augmentation de volume du côté gauche.

Les deux plexus (faisceau antérieur et faisceau postérieur) sont dilatés. Le testicule gauche est plus mollassé et présente un certain degré d'atrophie.

On ne constate pas de varices sur les membres inférieurs.

Dans ces conditions, douleurs et commencement d'atrophie du testicule, M. Blum a pensé qu'il devait répondre à la demande du malade réclamant une opération, qui aujourd'hui a perdu de sa gravité grâce au mode de pansement.

Opération le 20 novembre 1889.

Le malade est chloroformisé, le pubis et le scrotum sont rasés et toute la région savonnée et lavée à l'eau phéniquée.

M. Blum fait tendre la peau des bourses en formant un pli longitudinal dont un aide tient l'extrémité inférieure, le chirurgien tient l'extrémité supérieure et résèque avec le bistouri toutes les parties qui composent ce pli. On a ainsi une large surface à nu. La tunique fibreuse est incisée et on arrive sur la vaginale qu'on incise sur la sonde cannelée. On est alors arrivé sur le cordon. On isole tout le paquet variqueux qu'on lie en deux points, et on résèque la partie comprise entre les deux ligatures faites avec du gros catgut. La plaie est suturée, et on ne met pas de drain.

L'examen de la partie excisée révèle une forme de paquet variqueux. On note bien un vaisseau qui reste béant, et présente une épaisseur plus grande ; mais il est difficile de conclure que l'on a affaire à l'artère spermatique.

Les suites de l'opération ont été bonnes, cependant il faut noter un peu de fièvre, les premiers jours, due à la suppuration au niveau des trois fils.

Le malade sort le 16 décembre, avec un petit point de suppuration à la partie supérieure de l'incision. Il n'éprouve plus de douleurs.

On conseille le port d'un suspensoir.

24 janvier 1890. Le malade a été revu.

Son état général est bon.

Le scrotum du côté gauche descend à environ 2 centim. plus bas que du côté droit.

Le testicule gauche est encore un peu mollasse; mais son volume nous paraît à peu près normal.

Sur le scrotum nous constatons une cicatrice à forme courbe de 7 centim. environ de longueur, commençant à peu près au raphé médian antérieur.

Au sommet de la courbe, nous trouvons un point d'induration résultant d'un petit abcès.

La marche et la pression ne provoquent pas de douleurs. Il n'y a aucune trace de récurrence de dilatation veineuse, les cordons veineux se sentent à peine.

Quant aux fonctions génitales, nous ne savons pas si elles ont été troublées, le malade avouant n'avoir jamais eu aucun rapport.

OBSERVATION II

Varicocèle douloureux. — Résection du scrotum, ligature et section des veines. — Guérison complète.

S.... 24 ans, ébéniste, entré le 14 novembre 1889 à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Blum, salle Seymour 14.

Antécédents héréditaires. — Le père a eu un varicocèle.

Antécédents personnels. — Le malade a eu à l'âge de 17 ans une fièvre typhoïde, à l'âge de 22 ans une bronchite. Il s'enrhume facilement; mais la percussion et l'auscultation ne révèlent aucun signe de tuberculose. Il est grand et peu musclé.

Il y a quatre ans, le malade a remarqué que le scrotum du côté gauche descendait plus bas que du côté droit; en même temps il ressentait des tiraillements dans la région de l'aîne avec irradiations dans les lombes. Ces tiraillements

devenaient de véritables douleurs à la fin de la journée ; la profession d'ébéniste forçant le malade à travailler debout.

Depuis cette époque les douleurs ont persisté, elles ont même augmenté d'acuité, malgré le port d'un suspensoir.

Au moment où nous voyons le malade pour la première fois, nous constatons un volume inégal des bourses ; celle du côté gauche descend plus bas que celle du côté droit.

Le palper nous donne la sensation d'un paquet de ficelles volumineux, irrégulier, bosselé. La tumeur que nous sentons est molle, facilement réductible ; mais se reproduisant avec une extrême facilité.

La dilatation variqueuse paraît porter surtout sur les veines spermatiques antérieures. Les veines de la peau paraissent normales.

Le canal déférent se retrouve facilement au milieu du paquet variqueux.

Si on fait coucher le malade, les phénomènes diminuent sans disparaître entièrement.

Le varicocèle provoque des douleurs du côté de l'estomac. Lorsqu'il est réduit ces douleurs diminuent.

On ne constate nulle part ailleurs de dilatations variqueuses.

Opération le 25 novembre 1889.

Le malade est chloroformisé, le pubis et le scrotum sont rasés et toute la région à opérer savonnée et lavée à l'eau phéniquée.

On enlève un lambeau de peau et de tissu sous-jacent. Pour cela on tend les bourses en formant un pli longitudinal dont un aide tient l'extrémité inférieure, le chirurgien tient l'extrémité supérieure et résèque avec le bistouri toutes les parties qui composent ce pli. Une grande surface irrégulière est ainsi mise à nu. La tunique fibreuse est incisée et on arrive sur la vaginale que l'on incise sur la sonde cannelée.

On isole tout le paquet variqueux qu'on lie en deux points, et on résèque la partie comprise entre les deux ligatures faites au gros catgut. La plaie est suturée et on ne met pas de drain.

Les suites opératoires sont simples; il n'y a ni douleur ni fièvre pendant 48 heures.

Le 28 novembre, le malade se plaint de douleurs abdominales, et en même temps on constate que le thermomètre marque 38°,3. On défait le pansement, et on trouve un peu de gonflement du scrotum. On enlève une partie des crins de Florence, on fait appliquer sur l'abdomen un cataplasme laudanisé. Deux jours après le thermomètre était à la normale.

Le 1^{er} décembre, on fait le deuxième pansement, on enlève le reste des fils. La plaie est réunie, sauf en un point à l'extrémité supérieure où se trouve une gouttelette de pus. On cautérise avec le crayon de nitrate d'argent.

Le 14 décembre, le malade sort guéri de l'hôpital. On lui fait porter un suspensoir.

Le 20 janvier 1890. Le malade est revu. Sa santé est bonne et son caractère gai.

La marche et la pression n'éveillent aucune douleur.

Sur le scrotum du côté gauche, [on voit une cicatrice à forme courbe dont la concavité regarde en bas, et commençant au raphé médian antérieur et ayant à peu près 8 centim. de longueur. Cette cicatrice commence à disparaître à la partie postérieure.

Au sommet de la courbe, on constate un point d'induration à l'endroit où s'était formé un petit abcès, guéri depuis trois semaines.

La palpation révèle une légère induration sur le trajet du cordon qui n'est plus sensible à la pression.

Le testicule a son volume normal.

Les fonctions génitales n'ont pas été troublées.

Remarques. — Le procédé que nous venons de décrire, n'est pas un procédé nouveau, comme nous l'avons montré par l'examen des divers traitements employés; mais il nous semble remplir les indications que l'on se pose pour obtenir la guérison du varicocèle.

Il est basé sur les données que nous fournissent l'ana-

tomie et la physiologie; et a pour but de supprimer la circulation dans le paquet variqueux, d'assurer la conservation du testicule, et d'empêcher la formation de nouvelles varices.

Nous pensons et même nous sommes certain que l'on arrive à ce triple but en combinant la résection du scrotum à la ligature et à l'excision des veines.

Le traitement du varicocèle par les opérations sous-cutanées ne présente pas la même certitude, il est arrivé plusieurs fois que l'on a lié en même temps l'artère spermatique, ce qui expose à l'atrophie du testicule et que l'on a sectionné le canal déférent, parfois difficile à distinguer d'une veine indurée, difficile à isoler, glissant facilement; de plus on a souvent à redouter les complications des veines. Celles-ci sont moins fréquentes par l'emploi du fer rouge et de l'anse galvano-caustique.

Pour tous ces dangers nous rejetons ce mode d'opération.

L'opération que nous avons décrite se fait à ciel ouvert, par conséquent nous savons où nous allons et avec un peu d'attention et de patience les grandes difficultés sont écartées.

La résection d'un lambeau de la peau des bourses tout en nous donnant un jour plus grand, répond à une indication formelle : empêcher la formation de nouvelles varices. Par elle nous rendons au scrotum son volume normal; le testicule est remonté vers l'anneau, les veines du cordon restées saines, ne sont plus tirillées, et en elles la circulation se rétablit, il n'y a plus stase sanguine. L'élongation continuelle des veines diminuant, la circulation, entraînerait forcément leur dilatation.

Les veines du scrotum qui peuvent également devenir variqueuses bénéficient de la résection, puisque leur longueur est diminuée.

Nous faisons cette résection avec un bistouri, sans ins-

trumentation spéciale, comme le font MM. Horteloup et Le Dentu.

Nous ne voulons point ici combattre le procédé de M. Horteloup, des observations nombreuses sont en sa faveur. Le clamp d'Horteloup a fait ses preuves. Nous voulons simplement présenter quelques remarques et nous nous appuierons pour cela de l'autorité de M. Le Dentu.

Il n'est pas dans notre but de décrire le clamp d'Horteloup. Cette description a été faite par Wickham.

Cet instrument est construit à l'avance et non pour tel ou tel varicocèle. Ses branches ont une longueur déterminée et fixe, et peuvent ne pas s'appliquer à tout scrotum, ne pas saisir assez solidement des bourses petites et peu distendues, comme cela est arrivé pour un des malades de M. Le Dentu.

M. Horteloup place son clamp sur le faisceau postérieur; il fait l'excision d'un tronçon des veines variqueuses avec celle d'une bonne portion des bourses; mais le varicocèle occupe souvent le faisceau antérieur et non le faisceau postérieur. M. Périer a, en effet, démontré que dans la plupart des cas, le faisceau antérieur qui est le plus volumineux, était aussi le plus dilaté et même le seul dilaté.

Les sutures profondes se font au moyen de fils d'argent passés dans les trous d'une des tiges métalliques et tordus sur la seconde, après avoir traversé les bourses de part en part. De cette façon on prévient la formation d'un thrombus entre les couches du scrotum : cependant ce n'est pas une garantie aussi grande que la ligature faite à ciel ouvert. De plus il y a un inconvénient qui consiste en ce que les tissus refoulés par les fils profonds, tendent à faire hernie entre les lèvres de l'incision superficielle qu'on pratique en détachant avec un bistouri tout ce qui dépasse la pièce additionnelle et mobile du clamp. Donc réunion superficielle retardée.

En nous résumant, nous dirons avec M. Le Dentu : insuffisance du clamp dans certains cas, difficulté de bien saisir le faisceau veineux postérieur même lorsqu'il est le plus développé, difficulté d'obtenir la réunion immédiate superficielle. Appareil instrumental spécial.

Pour remédier à ces inconvénients, M. Le Dentu, s'est servi de pinces à ovariectomie. Mais la manière de placer ces pinces, sans demander beaucoup de temps, exige une certaine habitude et une certaine habileté. Enfin il faut une instrumentation spéciale.

Nous repoussons donc, sans toutefois le rejeter, tout procédé qui exige un instrument spécial. La résection du scrotum sera faite avec le bistouri comme le veut M. le professeur Guyon ; mais nous ne nous contenterons pas, comme lui, simplement de la double ligature des veines. L'opération, telle que la pratique ce maître, et qui lui a donné trois succès, est excellente en tout point ; mais si on fait à l'exemple de M. Blum la résection de la portion variqueuse comprise entre les deux ligatures, cette opération nous semble plus radicale.

La résection des varices a été faite par un grand nombre de chirurgiens. MM. Nicaise, Terrier, Bœnning...

En dehors du raphé à près de 2 centimètres, M. Bœnning fait une incision de 5 centimètres de longueur. Il incise couche par couche sur la sonde cannelée jusqu'au cordon. Le canal déférent est soigneusement maintenu en dedans. Les veines sont isolées, séparées les unes des autres, puis liées en haut et en bas de la plaie par un fort catgut ou un fil double de soie. On excise le tronçon compris entre les ligatures, pour assurer la circulation de retour, on laisse intactes une ou deux veines sans quoi on peut avoir de la gangrène ou de la congestion testiculaire. Lavage soigneux, puis suture, avec ouverture inférieure pour le drainage.

Dans un des cas de M. Bœnning, le scrotum était si

long et si flasque, qu'au lieu d'une simple incision verticale, il fit à l'aide de deux incisions courbes l'excision de près de 5 centimètres de tissus.

Le professeur Fischer de Breslau publie plusieurs observations de varicocèle où il a fait la ligature et l'excision du paquet variqueux des veines spermatiques.

La méthode de M. Lée est un peu différente. Après avoir sectionné les veines, il les oblitère avec le cautère porté au rouge sombre, puis fait la ligature. Par l'emploi du cautère, M. Lée prétend écarter l'empoisonnement antiseptique. Cette crainte ne nous paraît pas entièrement justifiée. A la suite de pansement à l'eau phéniquée, il y a bien des rougeurs de la peau, des érythèmes, mais de là à l'empoisonnement il y a loin.

D'autres chirurgiens comme MM. A. Barker, Jalland, Armandale, ont fait la résection des veines en employant des procédés peu différents de ceux que nous venons de décrire. Aucun d'eux ne fait la résection du scrotum. On pourra nous objecter, il est vrai, que la résection de la peau des bourses est inutile dans les cas de varicocèles petits, mais même dans ces cas le scrotum du côté malade est toujours plus volumineux que du côté sain ; il y a donc avantage à enlever un lambeau de peau, d'ailleurs proportionné au volume du varicocèle. C'est pourquoi nous préférons, comme l'a fait M. Blum, associer la résection du scrotum à l'excision des veines.

Dans toutes les observations des auteurs que nous avons cités, les suites opératoires ont été bonnes, et les malades ont guéri. Nous savons bien que le canal déférent a toujours été isolé ; mais on ne nous dit pas si l'artère spermatique a été conservée ou coupée. Il est vrai que l'artère funiculaire et l'artère déférentielle peuvent à elles seules subvenir à la nutrition du testicule et que l'artère spermatique, tout en ayant le rôle principal, dans la nutrition de cet organe peut, à la rigueur, être supprimée.

Cependant, pour ajouter une chance de plus, il est de tout intérêt de conserver l'artère spermatique. Par ce moyen nous assurerons plus aisément la conservation du testicule que l'on doit toujours avoir en vue dans le traitement chirurgical du varicocèle.

CONCLUSIONS

1° Le varicocèle est en général une affection bénigne à laquelle certains moyens hygiéniques et un bon suspensor sont presque toujours suffisants pour la guérison.

2° Il y a cependant des cas où ce traitement palliatif employé pendant un certain temps a échoué. Le varicocèle est devenu, pour l'individu qui le porte, un empêchement sérieux à ses occupations, la cause de douleurs vives, et enfin a exercé sur ses facultés mentales une influence fâcheuse. Dans ces cas nous pensons que le chirurgien doit intervenir.

3° Le meilleur mode de traitement est, pour nous, la résection d'un lambeau de peau du scrotum, associée à la double ligature des veines variqueuses et l'excision du paquet compris entre les deux ligatures. Le canal déférent et l'artère spermatique ayant été préalablement isolés.

Cette opération faite avec toutes les précautions de la méthode antiseptique donnera une guérison rapide, sans complications, sans atrophie du testicule, et mettra le malade à l'abri de la récurrence. Toutefois il devra porter un suspensor pendant un certain temps.

Vu :

Le Doyen de la Faculté :
BROUARDEL.

Vu :

Le Président de thèse :
S. DUPLAY.

Vu

et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARMANDALE. — British medical journal 1879.
A. BARKER. — Lancet année, 1881.
BARWELL. — Lancet année 1885.
BENNETT. Lancet année, 1889, p. 261-265.
BÖNNING. — Cure radicale du varicocèle par l'excision des plexus veineux appuyée sur trois cas. Phil. Med. Times 1882-83, xiii p. 730.
CARLIER. — Le varicocèle dans l'armée et son traitement chirurgical. Archives de med. et pharm. militaires, 1887.
COOPER. — Œuvres chirurgicales, trad. Chassaignac et Richelot.
CURLING — Maladies du testicule, trad. Gosselin.
FERRON. — Cinq observations de varicocèle traité par la ligature. Archives de méd. et pharm. militaires, 1885.
FISCHER. — Schmits Jahrbûch, 1881.
FISTIÉ. — De la cure radicale du varicocèle, thèse de Nancy 1888.
FOLLIN et DUPLAY. — Traité de pathologie externe VII.
GILLETTE. — Bull. de la Soc. de chirurgie, 1885 p. 496.
GOULD. — Lancet, 1880 p. 83.
HACHE. — Note sur un nouveau procédé de traitement du varicocèle. Ann. des mal. des org. génito-urinaires, 1884.
HENRY. — Treatment of varicocèle by excision of redundant scrotum New-York, 1881.

Remarks additionnal on the resection of scrotum.

Médical Record. N. Y. xxii p. 589.

Remarks on the nature and the treatment of varicocèle.

HORTELOUP. — Mémoire à l'Académie de med. 1885. Inédit.

HOWE. — Varic. Eccl. med. J. Gincinnati, 1879, p. 544.

JENCKES. — Cure radicale du varicocèle.

LANDOUZY. — Du varicocèle et en particulier de la cure radicale de cette affection, 1838.

LÉE. — Lancet, 1881 et 1885.

LE DENTU. — Ann. des mal. des organes génito-urinaires 1887.

LEVIS. — Treatm. of varicocèle by excision of redundant scrotum

MACLEAN. — Five cases of varicocèle cured by amputation of all redundancy of scrotum.

MALGAIGNE. — Médecine opératoire, revue par le professeur Le Fort.

MONOD et TERILLON. — Traité des mal. du testicule et de ses annexes.

NICAISE. — Trait. du varicocèle par la ligature et la section antiseptique des veines.

Revue de chirurgie, mai 1884.

PÉRIER. — Considérations sur l'anatomie et la physiologie des veines spermatiques. Thèse de Paris 1864.

PICHEVIN. — Gazette des hôpitaux. Sept. 1887.

PICQUÉ. — Revue de chirurgie, 1886.

RECLUS et FORGUE. — Article « varicocèle » dict. encycl. des sciences médicales.

RIBELL. — Revue médicale de Toulouse, 1888 p. 332-339.

RICHELOT. — Article « scrotum » dict. encycl. des sciences médicales. Union médicale, 29 mars 1885.

RICHET. — Anatomie méd. chirurgicale.

ROBSON. — Treatm. of varicocèle by excision.

SCHWARTZ. — Art, « varicocèle » Encyclopédie de chirurgie I, VII, 1888.

SEGOND. — Art. « varicocèle » dictionnaire pratique des sciences médicales.

Semaine médicale, oct. 1888.

Ann. des mal. des org. génito-urinaires, avril 1889.

TILLAUX. — Tribune médicale, 1889.

VALETTE. — Clin. chirurg. de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

VINCENT. — Traitement du varicocèle, appl. de la méthode antiseptique thèse de Paris 1884.

WICKHAM. — De la cure rad. du varicocèle par la section du scrotum thèse de Paris 1885.

Union médicale 1887.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FERDINAND IMBERT

7, rue des Canettes, 7. — A-54.
